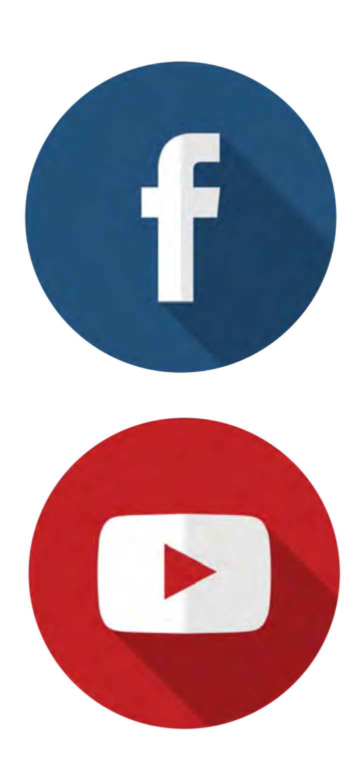
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Pancréatite aiguë

Dr CHADY SALLOUM

Centre Hépato-Biliaire

Hôpital Paul Brousse

Pancréatite aiguë

syndrome douloureux abdominal provoqué par l'œdème ou la nécrose de la glande pancréatique

pancréatite aiguë bénigne

pancréatite aiguë grave

Pancréatite aiguë

- Terrain :
  - Age moyen : 50-60 ans
  - Sexe ratio = 1

- Etiologies (en France) :
  - Lithiase : 40%
  - Alcool : 40%
  - Autres 20%

Physiopathologie

« autodigestion de la glande pancréatique »

Clinique

- Douleur abdominale +++

  à type de coup de poignard épigastrique irradiant dans le dos soulagée par l’anteflexion

- Nausées, vomissements, iléus
- Etat de choc, oligurie, polypnée, fièvre

Examens paracliniques

- Biologie : enzymes pancréatiques
  - Amylase > 3 N
  - Lipase > 3 N
    - élévation plus durable et plus spécifique).

- Diagnostic:

Douleur évocatrice

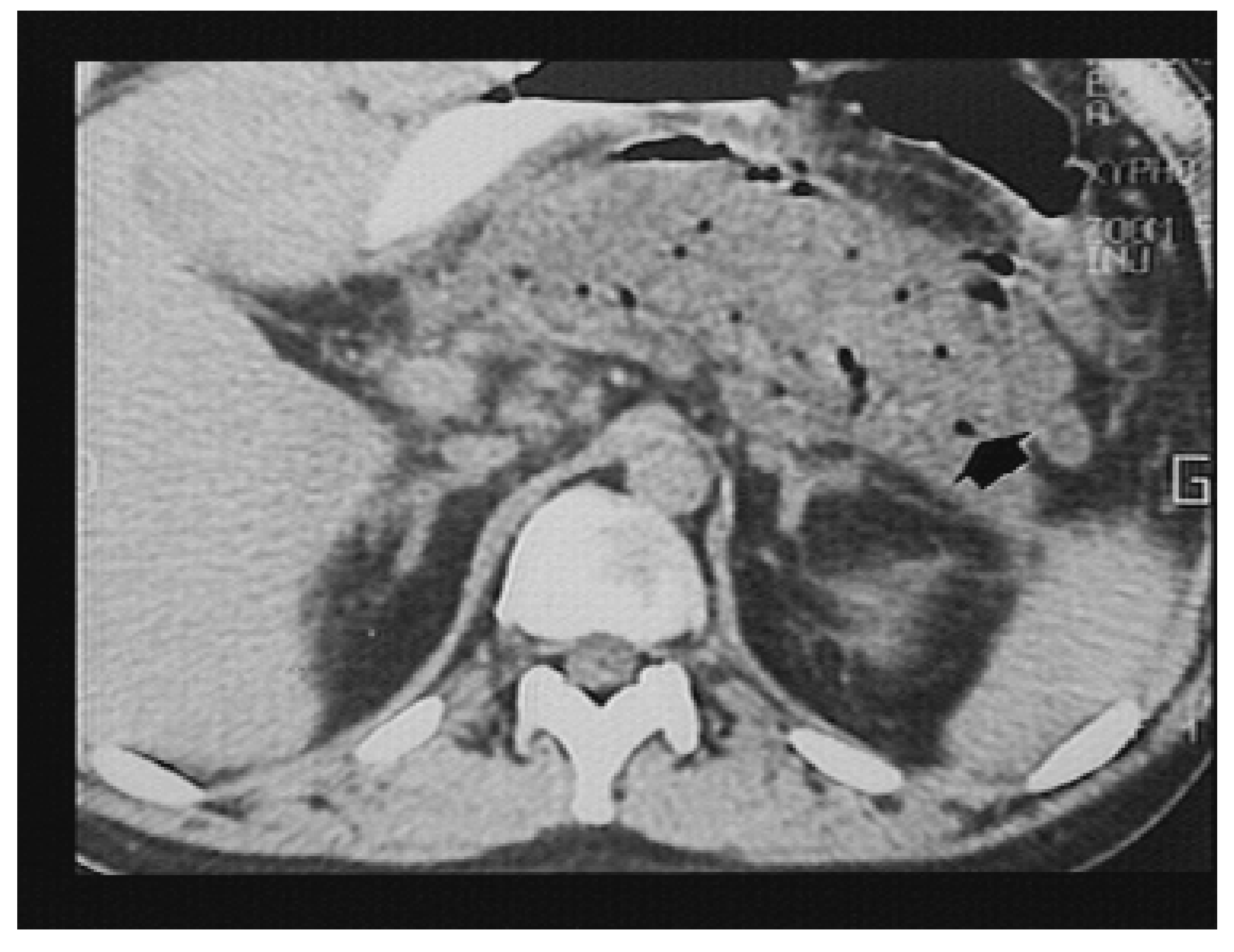


Augmentation de la lipasémie >3N

Examens paracliniques

- Scanner : +++
  - à faire dans les 48 heures
  - hypertrophie pancréatique
  - collections liquidiennes péripancréatiques
  - coulées de nécrose, abcès

Scanner



Gravité

- Score de Balthazar :
  - Balthazar A : scanner normal
  - Balthazar B : hypertrophie pancréatique
  - Balthazar C : inflammation péri-pancréatique
  - Balthazar D : collection/coulée de nécrose unique
  - Balthazar E : collections/coulées de nécrose multiples, ou présence de bulles d’air dans 1 coulée

Gravité

- **Score de Balthazar modifié : de 1 à 10**

Balthazar A	pancréas normal	**0 point**
Balthazar B	élargissement focal ou diffus du pancréas	**1 point**
Balthazar C	densification de la graisse péri-pancréatique	**2 point**
Balthazar D	coulée de nécrose péri-pancréatique unique	**3 point**
Balthazar E	coulées multiples ou présence de bulles de gaz au sein d’une coulée	**4 point**

+ score sur 6 cotant la quantité de nécrose pancréatique (nécrose : 0-30% = +2, 30-50% = +4, >50% = +6)

Points	% de mortalité	% de pancréatite sévère
0 - 3	3	8
4 - 6	6	35
7 - 10	17	92

Gravité

- **Score de Ranson**

Admission :

- Age > 55 ans
- Leuco > 16 000
- Glyc > 11 mmol/l
- LDH 350 UI/l
- ASAT > 250 UI/l

A 48 h :

- Baisse Hb > 10%
- Augment Urée > 1,8 mmol/l
- Calcémie < 2 mmol/l
- Pa O2 < 60 mm Hg
- Déficit basique > 4 mEq/l
- Séquestration liquidienne > 6 litres

Ranson < 3 : PA légère

Ranson > 3 : PA sévère

Gravité

N’importe quand lors des 48 1ères heures :

- **Age >55 ans**
- **Leucos > 15 000**
- **Glyc >10 mmol/l = 2 g/l (en absence de diabète**
- **LDH > 3,5 fois la normale**
- **Urée > 16 mmol/l (0,45 g/l)**
- **Calcémie < 2 mmol/l (80 mg/l)**
- **Pa O2 < 60 mm Hg**
- **Albu < 32 g/l**
- **ASAT > 2 N**

Imrie > 3 : PA sévère

Gravité

- CRP > 150 mg/L à la 48ème heure
  - valeur prédictive indépendante de PA sévère
  - Son augmentation au cours de l'évolution doit faire rechercher une complication locale

Traitement

- Hospitalisation
- Si PA légère :
  - Traitement médical (court) : à jeun, antalgiques
  - Cholécystectomie si l'étiologie est biliaire
- Si PA sévère :
  - Réanimation lourde et prolongée
  - Chirurgie limitée aux complications (infection, hémorragie,…)
  - Cholécystectomie si l'étiologie est biliaire

Pancréatite aiguë sévère

- Défaillance d’organe et/ou complication locale
- Score de Ranson et de Balthazar
- CRP > 150 mg/L à la 48ème heure ou augmentée secondairement

Traitement médical PA sévère

- Choc : remplissage, voie centrale, mesure de la PVC, +/- drogues vasopressives
- Si détresse respiratoire : intubation + VA
- Douleurs : jeûne strict +/- aspiration digestive, antalgiques IV, Morphine
- Alimentation entérale dès que possible +/- nutrition parentérale (3000 kcal/j)

Traitements PA sévère

- Sphinctérotomie : (intérêt débattu) Pourrait être utile (dans les 1ères 48 h) dans les formes biliaires avec calcul obstructif de la VBP

- Chirurgie :
  - limitée au traitement des complications
    - Abcès : drainage des collections infectées + cholécystectomie, jéjunostomie, parfois iléostomie de décharge
    - Hémorragie : hémostase
    - Nécrose colique : colectomie segmentaire + stomies
  - en l'absence de complication : cholécystectomie à distance si lithiase

Bilan étiologique

- L’origine biliaire de la pancréatite aiguë est à rechercher en priorité en raison de sa fréquence et de l’existence d’un traitement spécifique

Bilan étiologique

- Arguments en faveur d’une cause lithiasique :
  - Age supérieur à 50 ans
  - Sexe féminin (deux fois plus fréquent)
  - Le meilleur marqueur biologique de pancréatite biliaire est l’élévation des ALAT, qui doivent être dosées précocement (si > trois fois la normale, leur valeur prédictive positive est de 95 %, mais un taux normal n’élimine pas le diagnostic).

Bilan étiologique

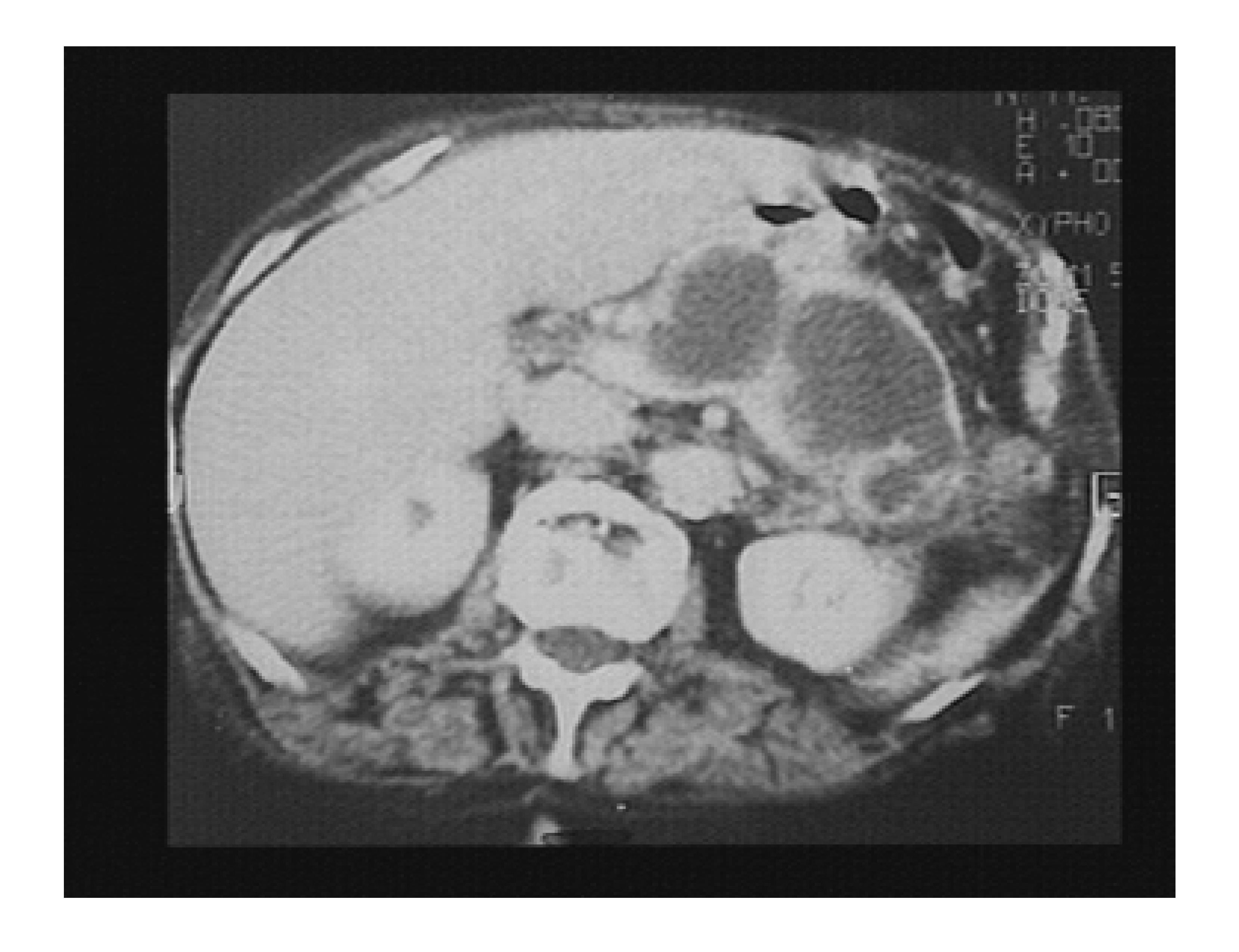
- Recherche d’une cause lithiasique :
  - Echographie (à faire en urgence si possible : permet éventuellement de proposer une sphinctérotomie précoce)
  - Scanner à 48 h: permet parfois de faire le diagnostic
  - Si écho normale et pas de cause évidente : Echo-endoscopie à distance (> 1 mois) à la recherche d’une microlithiase

Bilan étiologique

- Si alcool : sevrage
- Si hypertriglycéridémie : traitement hypolipémiant

Evolution

- En général récupération sans séquelles
- Complications à distance :
  - diabète
  - insuffisance pancréatique exocrine
  - pseudo-kystes (10-20%), à traiter si symptomatiques
  - fistules
- Décès (dans 5-10% des PA sévères)



Pancréatite chronique

Pancréatite chronique

- Définition : sclérose du parenchyme pancréatique, associée à une inflammation continue entraînant une destruction progressive de la glande pancréatique
- Evolution : lente et progressive
- Risques : douleurs et insuffisance pancréatique endocrine et exocrine

Epidémiologie

- Incidence :
  - France : environ 5/100 000 hab/an
- Terrain : homme jeune
- Sexe ratio :
  - 85% sont des hommes

Etiologies

- Alcoolique : 80%
- Pancréatite chronique héréditaire : 5 à 10%
- Autre
  - hypercalcémie chronique
  - post-traumatique
  - anomalie anatomique congénitale (pancréas divisum,…)
  - dilatation en amont d'un cancer

Physiopathologie

- 95% sont des pancréatites chroniques calcifiantes :
  - anomalies des canaux pancréatiques : zones de sténose et de dilatation
  - précipitations protéique et calcique
  - sclérose du parenchyme pancréatique

Diagnostic

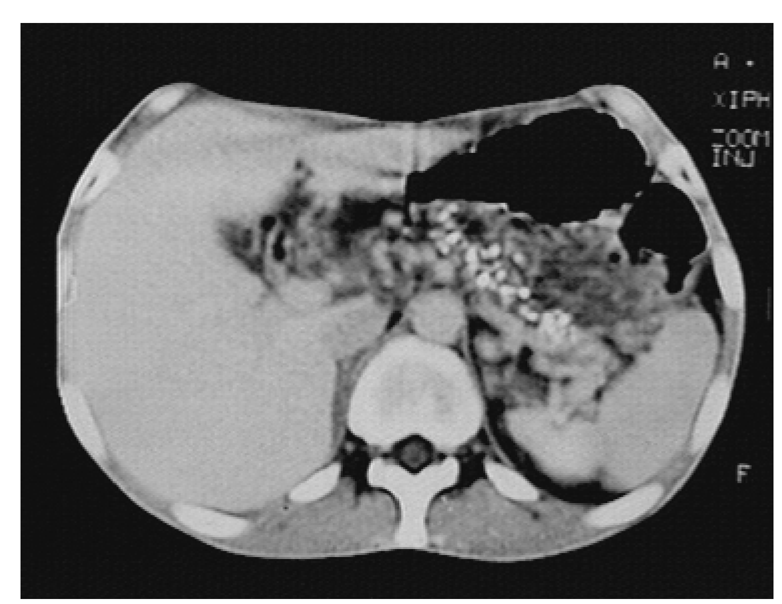
- Clinique = douleur
  - terrain : homme jeune, alcool
  - douleur sus-ombilicale ou épigastrique + irradiations
  - douleur intense
  - dure quelques h / j
  - déclenchée par la prise d’alcool

Diagnostic

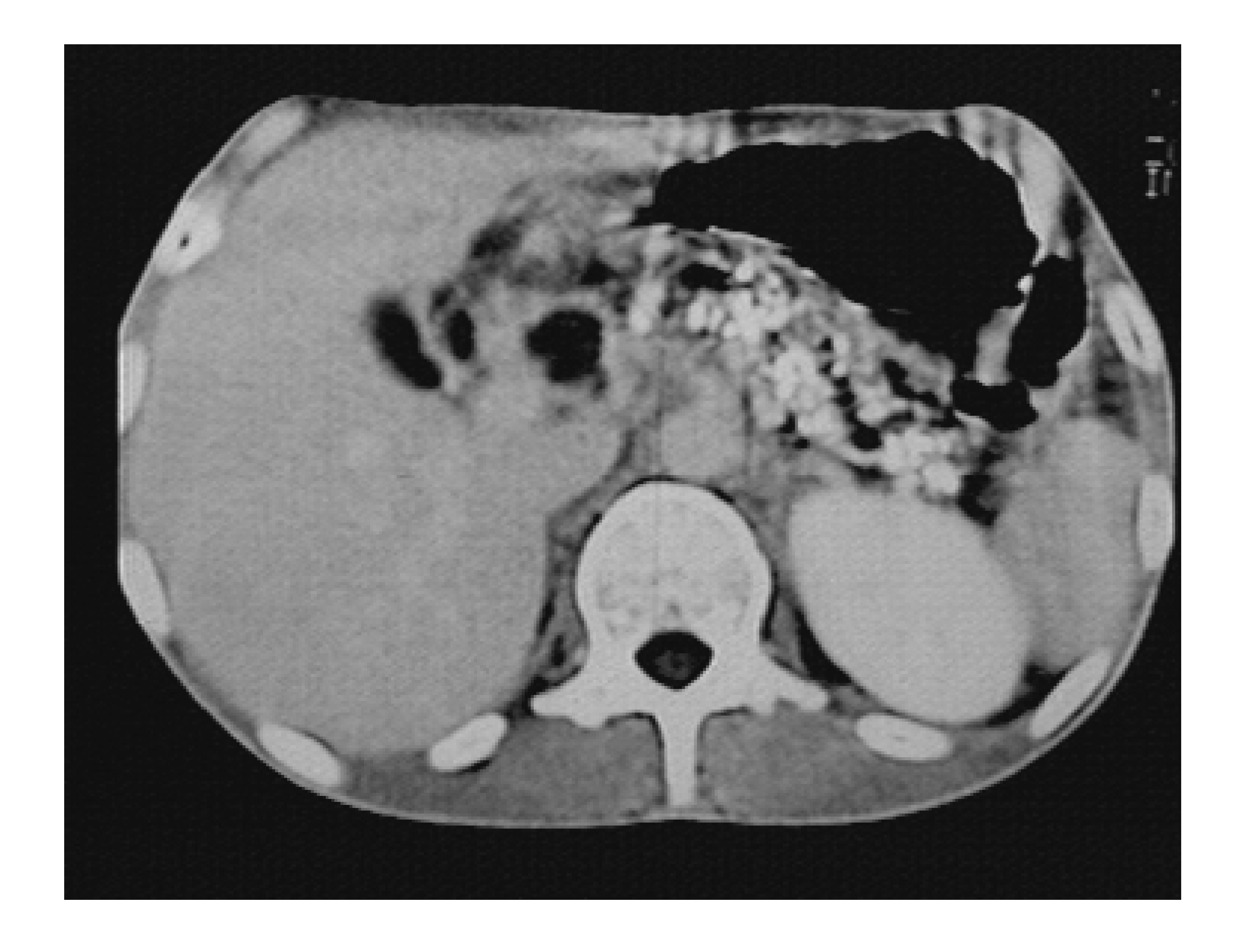
- Biologie
  - glycémie
  - tests d'absorption
- Imagerie
  - difficile au stade précoce
  - au stade de PC avérée

Diagnostic au stade de PC avérée





- Hétérogénéité de la glande
  - noyaux de fibrose
  - calcifications (scanner non injecté)
- Dilatation du canal de Wirsung



Complications

Peuvent être précoces ou tardives

- Poussées de pancréatite aiguë
- Pseudokystes
- Compression de la voie biliaire principale
- Compression duodénale
- Thrombose veineuse du système porte
- Hémorragies
- Adénocarcinome pancréatique

Insuffisance pancréatique

Tardive

- Diabète
  - 60-75 % après 15 ans d'évolution
  - traité par insuline ou anti-diabétiques oraux
- Insuffisance pancréatique exocrine
  - diarrhée et malabsorption)
  - souvent parallèle au diabète
  - traitée par extraits pancréatiques

Surveillance

Proposition de surveillance d'un patient ayant une PC :

- **Tous les ans ou tous les 6 mois :**
- **écho**
- **GGT**
- **test d'hyperglycémie provoquée par voie orale**

Traitement médical

- Pas de traitement spécifique de la fibrose et des bouchons pancréatiques
- Traitement de la cause = sevrage alcoolique
- Traitement des complications
  - douleurs : antalgiques
  - diabète : insulinothérapie ou anti-diabétiques oraux
  - maldigestion : extraits pancréatiques (Creon, Eurobiol)

Traitement endoscopique

En cas de bouchons (= calculs)

- Sphinctérotomie pancréatique
- Lithotripsie extracorporelle
- Endo-prothèse

Traitement chirurgical

- Gestes de dérivation
  - dilatation en amont d'une sténose
  - pseudo-kyste
- Résections
  - DPC si lésions de la tête
  - Spléno-pancréatectomie gauche si lésions du corps/queue